胃扭转、X线诊断；解剖；外科手术
维普资讯 http://www.cqvip.com
2831(11)

局解手术学杂志 1993 年第 2 卷第 4 期总第 8 期

肝十二指肠韧带内局解结构变异伴肝总动脉起源异常及其临床意义

苏州医学院　陈耀然　胡晓蕴
（江苏省苏州，邮政编码 215007）

作者在局解教学中，发现一具约 50 多岁的女尸，发育良好，身长 1. 61 米，皮肤未见黄染。在横结肠上区，解剖肝十二指肠韧带时，发现其中局解结构变异。为了积累国人资料，并为临床增添人体结构变异信息，特此报道。

观测结果

一、腹腔干于 T_{12} 下缘发自腹主动脉左前壁，外径（下同）为 1cm（长 1. 4cm），呈脾胃干二分支型，其中脾动脉为 0. 5cm，走行正常。胃左动脉为 0. 2cm，近胃小弯处发出细长的副肝右动脉，于下腔静脉后方，经第二肝门入肝右叶。

二、肠系膜上动脉外径为 1. 1cm，于 L_1 上缘发自主动脉前壁，距其根部 9. 5cm 处，发出肝总动脉，外径为 0. 5cm。

三、肝总动脉行经十二指肠第一部上方，绕门静脉后面至胆总管右侧转至其前方，呈环状袢绕门静脉和胆总管后，呈正常行径上升。于袢环前部的左、右侧分别发出胃右动脉和胃十二指肠动脉，呈正常行径和分布。

四、由于异常的动脉袢环出现，致使①袢环上方胆总管较下方者郁张，为 1：0. 8cm。②胆囊增大，为肋下 2cm。③袢环以下的门静脉增粗，与其上方者相比，为 1. 5：1. 2cm。④脾脏增大、上界位置如常，其下界达左肋弓下 4cm。

临床意义

一、胆总管手术时，一般从肝十二指肠韧带右侧或前方入路，作胆总管穿刺或探查时，事先应作肝十二指肠韧带全程触诊后，再行操作。

二、肝脏栓塞时，导管经股动脉达腹腔干无法插入肝总动脉时，应考虑到肝总动脉起源变异。若已进入肝总动脉，但导管通过不畅时，应考虑到可能为变异动脉袢环出现所致。

三、胆囊、脾脏增大的患者，若查无其他原因，也可用此变异予以解释。但是否出现黄疸，本例因经 formalin 固定，肤色难辨。

28—30

胃扭转 3 例 X 线下局解

河北省寿王坟铜矿职工医院放射科　王之平
（河北承德，邮政编码 067100）

R816.8

胃扭转较少见，我们遇到 3 例，报告如下，并就其定义、病因学、类型、X 线检查及治疗等问题进行简要描述。

病例介绍

例 1. 男，30 岁，教师。胃部不适 10 余年，最近 2 个月胃部疼痛加重，饱胀，反酸而就诊。X 线检查：胃呈异常形态，似“大虾”状，胃内见双液面。横行的胃体内上方胃壁毛糙不平，外下方光整，即内上方为胃大弯，外下方为胃小弯。食管腹腔段延长与胃粘膜呈十字交叉状，胃窦部粘膜呈“倒置塔式弹簧”状，幽门位于十二指肠球上方。X 线诊断：慢性器官轴型胃扭转。

例 2. 男，29 岁，农民。胃部隐痛、饱胀多年，近两天出现上腹剧痛、呕吐入院诊治。查体：痛苦病容，体质消瘦，上腹压痛明显，无反跳痛及肌紧张。实验室检查未见异常。X 线检查：胃呈异常形态，侧位似“甲鱼”状（即十二指肠球部在前下似甲鱼头，胃内胀气，翻转向上的胃大弯呈弧状覆盖于胃体之上似甲鱼盖）。胃内见三液面，胃大弯在上，胃小弯在下，食管腹腔段延长与胃呈十字交叉状，十二指肠球在幽门下方。X 线结合临床诊断：慢性胃扭转急性发作。住院于严密观察下作胃肠

维普资讯 http://www.cqvip.com

减压及药物对症治疗后，症状缓解、消失出院。

例 3. 男，38 岁，农民。因胃部不适多年，近一年经常出现上腹疼痛，自行服用"三九胃泰"、"胃轻治"等药物效果不佳而就诊。X 线检查：胃呈异常形态，斜位观察似"大虾"状。胃内见双液面，胃体上部轮廓毛糙，下部边缘光整，即胃大弯翻向上、胃小弯翻向下，胃底、胃体部粘膜呈"绞纱"状，食管腹腔段轻度延长与胃粘膜呈十字交叉。幽门与十二指肠球相平。X 线诊断：慢性器官轴型胃扭转。检查次日于透视下，嘱患者服 500ml 钡剂，行推压整复及立位整复等手法整复数次，透视见胃形态基本恢复。三个月后随访，患者自诉未出现过明显的胃痛症状。

讨　论

1. 胃扭转定义：各位学者认识不太一致，例如，Schatzki 认为胃车螺旋状的扭转方可称为胃扭转。本文认为国内田文彪等的论述较贴切，即凡是胃的部分或全部大小弯位置发生变换，即大弯在上（头侧）面，小弯在下（足侧）面；或大弯在右面，小弯在左面（先天性内脏转位除外），均可称为胃扭转。

2. 胃扭转病因学：①特发性胃扭转，即无明显诱发病因者，可能为胃周围韧带如胃结肠韧带和肝胃韧带的先天性缺陷或松驰造成。②继发性胃扭转，即可能继发于膈疝、膈膨出、胃溃疡或肿瘤以及邻近脏器的推挤等病理因素。本文 3 例均未发现胃肠道或腹内其它疾病，属特发性胃扭转。

3. 胃扭转类型：①器官轴型（纵轴型）胃扭转：扭转轴位于贲门与幽门之间，胃大弯沿胃的纵轴向上旋转，使胃大弯翻向上，胃小弯向下。本文三例均属此种类型。②网膜轴型（横轴型）胃扭转：扭转轴位于大网膜与小网膜之间，沿胃的横轴自右向左或自左向右旋转，此型较少见。③混合轴型胃扭转：扭转轴介于横轴与纵轴之间，出现上述二型扭转的混合表现，即既有胃窦向左上移位与胃体重叠甚至移至其左方，又有胃体和胃窦大弯都翻向上方和小弯都翻向下方的特征，此型罕见。

4. 胃扭转 X 线表现：①胃呈异常形态，如"大虾"状、"甲鱼"状。②胃内双液面或多液面，本文例 2 胃内可见三个液面。③胃大弯翻向上，胃小弯翻向下，胃窦部的大弯缘与小弯缘的弧线凹面由向上（头侧）变成向下（足侧）。④食管腹腔段相对延长与胃呈十字交叉形。⑤粘膜皱襞不顺行，呈特异形态、可有十字形、绞纱状、倒"V"字形、倒置塔式弹簧状等。如本文例 1 胃窦部粘膜呈"倒置塔式弹簧"状、例 3 胃底、胃体部粘膜呈"绞纱"状等。⑥幽门与十二指肠球相平或在其上方。本文例 1、2 幽门均位于十二指肠球上方，使十二指肠球呈"倒吊"状，例 3 幽门与十二指肠球相平。其中，①③⑤是胃扭转固有的 X 线征象，是确诊胃扭转的可靠证据；②④⑥特异性不强，发现其中一种征象后，必须寻找其它 X 线征象，以利确诊，而且有些胃扭转也不一定出现这些征象。

5. 胃扭转 X 线检查及鉴别：①上消化道造影是确定胃扭转诊断的有效方法。因胃扭转时做胃肠钡餐造影常出现典型的 X 线表现，故依此常可作出诊断，勿用其它特殊手段即可确诊。②上消化道造影时如何发现胃扭转。胃扭转虽较少见，但并不罕见。于胃肠钡餐造影时漏诊或误诊，是由于 X 线诊断医生对本病不认识或认识不清的缘故。本文认为：胃扭转尤其慢性胃扭转临床症状和体征类似于慢性胃炎或消化性溃疡的表现，特异性不强，其诊断主要依靠 X 线检查。我们做胃肠钡餐造影时，钡剂进入胃内后，如果发现钡剂沉积于胃底，未经变换体位或继服多量钡剂不下行，应注意有胃扭转可能性，当然还应注意与瀑布胃或占位病变鉴别。当钡剂充满全胃时，胃扭转的胃形态与我们时常所见的角型胃、钩型胃、无力型胃、瀑布胃很不相同，呈怪异型，如本文所述的"大虾"状（例 1、3）、"甲鱼"状（例 2）等。象这种怪异型的胃形态的出现应考虑到有胃扭转，就象我们看到 B 型胃应立即想到胃有慢性溃疡一样。再结合大小弯换位等其它 X 线征象便不难诊断胃扭转了。③胃扭转与瀑布胃的鉴别。主要是器官轴型胃扭转与瀑布胃鉴别，鉴别要点如下：前者胃窦位置可高于胃底，而后者一般胃窦位置仍低于胃底；前者胃大弯翻向上且常形成一与十二指肠圈连成一气的弧形，而后者胃大弯仍向下且不与十二指肠圈形成一连续弧形；前者立位胃内常出现两个甚至多个液平，而后者常只见一个液平，偶可出现两个液平，而且，在透视过程中，通过旋转病人至斜位或侧位，胃扭转的胃始终是一个怪异型的胃形，而瀑布胃则不同，转至斜位时即可显示明确的瀑布胃的胃形。

6. 治疗：胃扭转可引起一系列症状，往往应进行治疗。对于急性胃扭转或慢性胃扭转急性发

维普资讯 http://www.cqvip.com

阑尾炎，阑尾，外科手术

2832(12)

作，常需手术复位，亦可在严密观察下行胃肠减压、药物对症治疗，如本文例 2 那样。有些慢性胃扭转可自行复位，但多数可在透视下用手法整复，常用手法有推压整复、颠簸整复、立位整复、卧位整复。本文例 3 采用推压整复及立位整复数次，取得满意效果。

参考文献 略

30—31

浅谈术中确定阑尾位置体会

河北邯钢医院外一科 纪冠军
（河北邯郸，邮政编码 056001）

R656.8

急性阑尾炎在外科急腹症中是最常见的疾患，其急诊就诊率占急腹症之首位，且多需要手术治疗。而手术治疗阑尾炎的关键步骤是寻找阑尾。但由于盲肠的位置有变异，阑尾的位置常随盲肠位置的变异而变化，且阑尾本身相对位置、大小、长短差别较大，术中寻找阑尾有时较为困难。现就浅谈如何提高术中寻找阑尾操作技能的体会。

一、了解阑尾的常见位置

首先对阑尾常见位置做一介绍，据钱礼．腹部外科学．（第 2 版，上海科学技术出版社，1984：544）研究报道，阑尾有 9 种不同的位置但常见的有如下 4 种：1．盲肠内位，其基底部位于末端回肠之前或后方、尖端指向左上方脾脏；2．盲肠后位，阑尾位于盲肠和升结肠后面，尖端指向上方；3．盲肠下位，阑尾下垂指向髂窝或盆腔。4．盲肠外位，此种阑尾与后腹膜有粘连。

二、重视术前的体格检查

术前仔细的体格检查，了解病情的发展程度及腹部的阳性体征，不但对诊断的确立有益而且能初步了解阑尾的大体位置，对术中寻找阑尾有一定的指导意义。急性阑尾炎常有如下的阳性体征。1．麦氏点压痛、反跳痛，此点位于右髂前上棘与脐连线中外 1/3 交界处；2．伦氏点或阑氏点压痛反跳痛，此点位于两髂前上棘连线右中外 1/3 交界处；3．苏氏点压痛反跳痛，此点位于右髂前上棘脐连线与右侧腹直肌外缘交界处；4．腰大肌试验和闭孔内肌试验阳性，一般情况下阳性体征对确定病变的阑尾位置、手术切口的选择都十分有意义。如腰大肌试验与闭孔内肌试验有助于术前了解病变阑尾位置的深浅，腰大肌试验阳性。提示病变阑尾可能为盲肠后位，说明发炎的阑尾或其炎症已波及腰大肌，手术切口可选择麦氏点直切口，以利术野的扩大及阑尾的寻找；闭孔内肌试验阳性者，病变阑尾多位于盲肠前内位，其位置多较表浅，术中寻找阑尾多无困难，手术切口宜选麦氏点斜切口；如果术前病程较长，症状较重，白细胞总数增多较显著，但局部体征较轻者，即所谓体征与症状不相符合者，术前应考虑到腹膜外之阑尾，同样宜选择直切口。

三、直视下或根据解剖标志寻找阑尾

1．根据腹腔探查情况寻找阑尾：剪开腹膜后使腹腔脏器保持原有的自然解剖关系，将术野充分显露，直视下寻找阑尾。

2．根据大网膜的移行情况寻找阑尾：大网膜有腹腔卫士之称，多向病变部位移行防止炎症的扩散，根据大网膜这一特性，一般情况下推开移行之大网膜即可寻及病变的阑尾。

3．根据盲肠的位寻找阑尾：盲肠除少数游离者外，一般位于右髂窝内，直径较粗、颜色苍白、肠壁上有明显的结肠带可与小肠相区别；其次，盲肠不象横结肠有大网膜相附着，也不象乙状结肠附有长圆形的肠脂垂，从而可与横结肠和/或乙状结肠相区别；术中寻及盲肠后，再根据阑尾与盲肠的位置关系确立阑尾的位置。

4．沿升结肠壁上的结肠带寻找阑尾：术者用左手示指沿升结肠外侧沟从上至下，由深及浅将升结肠提起，沿此结肠带向下寻找，三条结肠带的汇聚点即为阑尾根部。

5．沿末段回肠寻找阑尾：回肠位于右下腹，占小肠全部的 3/5，其管腔较空肠稍细，管壁也薄，肠系膜内血管为二三级或四级动脉弓系膜内脂肪又较空肠为多。术中寻及回肠末段多无困难，沿其追踪到盲肠，在回肠与盲肠交界处的下方即可寻及阑尾根部。